

IERA TORNA A PROCRIAÇÃO MÉDICA ASSISTIDA EM ALGO MUITO MAIS DO QUE ALCANÇAR UMA GRAVIDEZ

A IERA (Instituto de Reprodução Assistida) tem sido responsável por conseguir tornar a vida de muitas pessoas em algo melhor graças à capacidade e profissionalismo dedicados à fertilização. A Revista Pontos de Vista esteve à conversa com a equipa: Eduardo Rosa, da medicina de reprodução, Mafalda Rato de embriologia clínica e com a enfermeira de saúde reprodutiva, Sara Arruda, para perceber qual a dinâmica do instituto e perceber também como se pratica PMA (Procriação Médica Assistida) em Portugal.

Hoje, a tecnologia dita a melhoria contínua da procriação médica assistida em Portugal.

O Instituto de Reprodução Assistida, em Lisboa, tem vindo a crescer e a proporcionar aos pacientes uma experiência totalmente individualizada, uma vez que, segundo Sara Arruda, “é uma questão fundamental para que as pessoas se sintam bem e em segurança”.

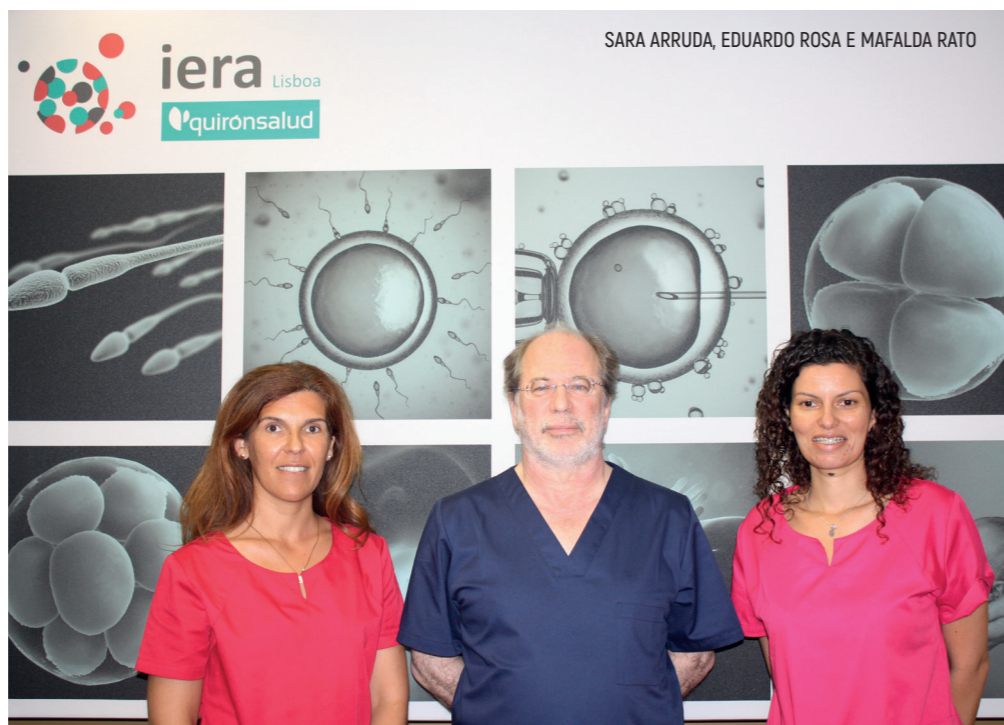
Nos últimos tempos a tecnologia tem sido o grande aliado da evolução na área, tornando o processo mais qualitativo. Na IERA existem equipamentos como a Geri, uma incubadora com sistema time-lapse que “permite, 24 sobre 24 horas, avaliar o desenvolvimento dos embriões desde a fecundação. Isso faz com que tenhamos acesso a imagens em pontos temporais que antes, sem esta tecnologia, não conseguíamos aceder. No passado fazia-se uma avaliação diária aos embriões, hoje podemos observá-los a toda a hora e classificá-los melhor quanto à sua qualidade. Melhor qualidade significa maior probabilidade de gerar uma gravidez”, explica Mafalda Rato.

Mas como é que se inicia o processo? “Num primeiro momento é traçada a história clínica do casal ou da mulher (no caso de mulheres que querem ser mães e que não tenham um companheiro), análises clínicas gerais, avaliado o estado das trompas do falópio com recurso a um contraste visível em ecografia (totalmente indolor), bem como avaliada a parte hormonal e o útero, a vários níveis. Feito o diagnóstico, posteriormente, é perceber qual o tratamento a seguir”, elucida Eduardo Rosa.

“Para gerir expectativas da melhor forma possível temos uma psicóloga a trabalhar connosco porque, apesar de todo o carinho que colocamos no nosso trabalho, existe uma taxa de insucesso e essa parte também nos compete”, afirma Eduardo Rosa.

“A psicologia é um grande suporte mas até chegar lá é necessário um acompanhamento e esse acompanhamento é realizado desde o início, o que ajuda a gerir melhor as expectativas em caso de insucesso”, completa Sara Arruda.

Segundo Mafalda Rato, algo que não é falado com a frequência devida é a questão de como lidar com o insucesso. Em caso de abortos de repetição, a partir do terceiro aborto seguido a mulher é considerada infértil. “Com tecnologia que hoje temos disponível, um dos nossos pontos fortes é também o tratamento individualizado. Cada mulher é uma mulher”, acrescenta Sara Arruda.



SARA ARRUDA, EDUARDO ROSA E MAFALDA RATO

A QUESTÃO DA DOAÇÃO DE OVÓCITOS

Ao que parece a doação de esperma é algo tido como mais natural na sociedade portuguesa, por outro lado, a doação de óvulos continua a ser alvo de preconceito.

O preconceito e o desconhecimento da técnica em si são dois fatores importantes na doação de gametas femininos, como explica o Dr. Eduardo Rosa:

“O preconceito associado à doação de óvulos vem da cultura. Portugal nunca teve muito esta prática. “Mas os meus filhos vão andar por aí? Não!”

“Todos os meses as mulheres perdem naturalmente ovócitos, logo não vai afetar a sua fertilidade. Desde as 20 semanas de vida da mulher que esta perde os seus ovócitos de forma natural. Em Portugal, as mulheres podem doar ovócitos até três vezes. O tratamento, apesar de ter alguma complexidade, tentamos torná-lo simples e completamente seguro, com doses hormonais mais baixas. É feito um check-up ginecológico e podem ter acesso, caso pretendam, a informações como a existência de doenças genéticas”, explica Eduardo Rosa.

“A população ainda não está educada nesse

sentido e as pessoas que consideram que estão a doar os seus bebés não são candidatas”, diz Mafalda Rato.

OS MAIORES DESAFIOS DE QUEM TRABALHA COM PMA

Para Eduardo Rosa, o maior desafio prende-se com a questão da personalização e de individualizar cada mulher, de forma a escolher o melhor tratamento.

Já Mafalda Rato explica que do ponto de vista da embriologia é a questão de as pessoas confiarem na tecnologia ao ponto de a mesma poder substituir o natural. Por isso, em laboratório, tudo tem que ser minucioso de forma a maximizar este resultado. Temos cada vez mais tecnologia mas é preciso saber fazer o equilíbrio entre as expectativas que a sociedade deposita na própria tecnologia.

Sara Arruda fala ainda dos desafios relacionados a parte psicológica. “Saber lidar com as emoções e sentimentos das pessoas. Não é fácil... chegam cá muitas vezes já com um grande historial. É preciso fazê-las sentir em segurança. Neste projeto, para além da tecnologia, queremos personalizar ao máximo o atendimento a cada pessoa”, completa. ■



ENTREVISTA

A JOSÉ ANTONIO DOMÍNGUEZ ARROYO, DIRETOR MÉDICO DO IERA

Qual tem sido a evolução da procriação medicamente assistida em Portugal?

Em Portugal a evolução da PMA não é diferente do resto dos países ocidentais. Os tratamentos dos problemas de infertilidade foram iniciados cá com a introdução da Inseminação Intra - uterina (IIU), pelo Professor Doutor Alberto Barros na Faculdade de Medicina do Porto.

Em 1978, começou a realizar-se a Fertilização in vitro (FIV), que resultou no nascimento da primeira criança resultante deste procedimento em Inglaterra. Em Portugal o primeiro ciclo de FIV foi realizado em 1985, no Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina de Lisboa (equipa dirigida pelo Professor Doutor Pereira Coelho). A primeira criança nascida foi no ano 1986.

A primeira Injeção Intracitoplasmática de um espermatozoide no ovócito (ICSI) realizada com sucesso foi descrita em 1992 e rapidamente começou a ser utilizada em quase todos os centros, sobretudo em casais em que o homem era estéril.

Atualmente, existem centros por quase todo o país, e embora tenha havido um ligeiro aumento do número de ciclos de inseminação e de FIV efetuados por ano, estes são ainda insuficientes para responder ao elevado número de casais que procuram ajuda.

Atualmente existem aproximadamente 30 centros de PMA no país, públicos e privados.

A infertilidade é doença. Esta é uma afirmação do conhecimento geral?

A infertilidade foi declarada uma doença pela WHO em 2010 e afeta milhões de pessoas em todo o mundo, de tal forma que as estimativas sugerem que entre 10 a 15% dos casais em idade reprodutiva sejam inférteis. A infertilidade é, cada vez mais, considerada uma doença com relevância em termos de saúde pública, com consequências sociais, económicas e psicológicas.

Em que casos é que a procriação medicamente assistida é mais frequente?

As principais causas de infertilidade dividem-se em quatro grandes grupos: fator masculino (35%), disfunção ovulatória (20%), patologia das trompas de falópio e do útero (20%) e endome-

triose (10%). No entanto, podem ocorrer situações em que não seja possível definir uma causa, o que se denomina de infertilidade idiopática/inexplicada, em 10-15% dos casais.

Cada um destes grupos beneficia das diferentes modalidades de tratamento existentes. Considera-se que qualquer casal que não utilize métodos contraceptivos, se após um ano não conseguir engravidar, seja candidato a um estudo básico de fertilidade e este tempo é ainda mais curto em certas circunstâncias, como a suspeita de um fator masculino devido aos antecedentes, distúrbios ovulatórios, patologia pélvica conhecida anteriormente e especialmente a idade de mulheres com mais de 35 anos

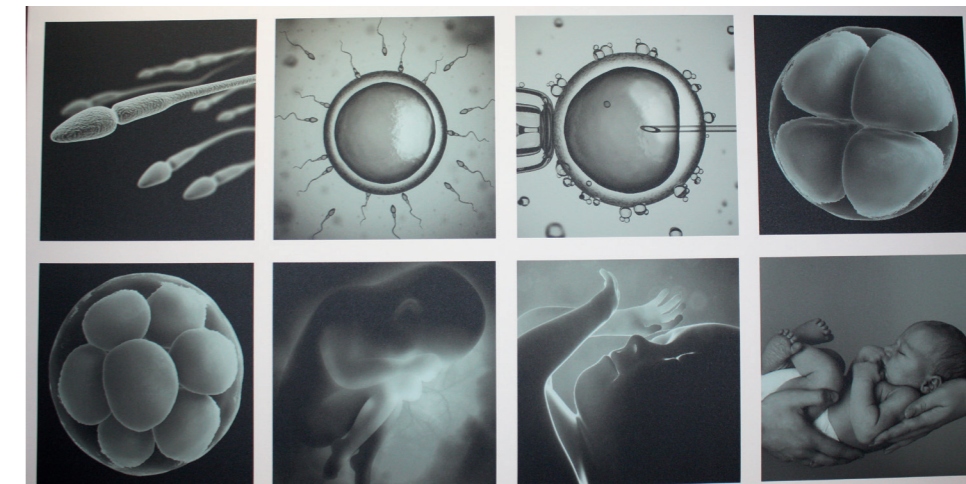
Atualmente, que técnicas estão disponíveis? Que efeitos secundários tem cada uma delas?

Basicamente, podemos fazer dois grandes grupos de tratamentos. Aqueles que são feitos com gametas (óvulos e espermatozoides) próprias e aqueles que são feitos com gametas doadas. Para qualquer um deles será usada a Indução da Ovulação (IO) e Inseminação Intra Uterina (IIU), a Indução da Ovulação (IO), Fertilização in vitro (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de um espermatozoide no ovócito (ICSI).

No caso da Indução da Ovulação para IIU, os tratamentos têm o objetivo de desenvolver menos de três folículos para que os efeitos colaterais sejam mínimos. Para a FIV o objetivo é desencadear a ovulação múltipla e, portanto, é possível que durante a estimulação surjam mais desconfortos relacionados com o crescimento ovárico e dos níveis suprafsiológicos de estradiol, mas em qualquer caso, são efeitos colaterais que desaparecem após a punção. Contudo, este desenvolvimento também pode conduzir ao síndrome de hiperestimulação do ovário, principal problema associado à indução da ovulação múltipla. Mas este risco tem sido minimizado nos últimos anos graças aos novos protocolos para desencadear a ovulação e a melhoria das técnicas de vitrificação embrionária e ovocitária com transferências diferidas para ciclos não estimulados.

Um outro problema associado às técnicas de PMA é a probabilidade acrescida de gestação múltipla. Para isso, temos vindo a restringir o número de embriões transferidos.

Em Portugal a PMA já conta 30 anos de existência mas nos últimos 15 anos quais foram as técnicas que mais se destacaram?



Basicamente, podemos dizer que todas as técnicas associadas à PMA evoluíram, tanto em termos de diagnóstico como de tratamento.

Todos os dias, a ultrassonografia é de melhor qualidade e a ultrassonografia 3D permite diagnósticos melhores em patologias como malformações uterinas, adenomiose, endometriose, etc.

Os tratamentos de estimulação também estão a mudar e novos protocolos têm surgido direcionados para mulheres com baixa reserva, para a preservação da fertilidade, respondedores elevados e para desencadear a ovulação.

Mas os avanços mais notáveis que poderíamos dizer foram produzidos pelo aparecimento da vitrificação de ovócitos e/ou embriões, que substituiu e melhorou o congelamento lento e que quase eliminou o risco de hiperestimulação. Outro campo que avançou muito nestes está relacionado com estudos genéticos destinados tanto a embriões quanto a pacientes antes de iniciar qualquer tratamento de reprodução.

Na sua opinião, quais serão, num futuro próximo, os passos da PMA?

Sem dúvida que serão os avanços no campo da genética, tanto em pacientes, como em embriões e em tecidos como o endométrio, continuarão a evoluir e será mais barato a cada dia o que nos fará ter melhores índices de taxas de gravidez, menos falhas de implantação e menores taxas de aborto. Acho que no futuro generalizaremos a transferência de um único embrião com um teste genético que descarta alterações cromossómicas, já que estas são as causas mais frequentes de insucesso do processo reprodutivo, especialmente em mulheres mais velhas.

Estudos de outras facetas do embrião como a função da energia embrionária (escore mitocondrial) permitirão, provavelmente, uma melhor compreensão do implante embrionário.

A terapia com células-tronco e a regeneração tecidual com fatores de crescimento provavelmente melhorarão a estimulação e a implantação.

Para outras técnicas em pesquisa, como a transferência nuclear, reprogramação e manipulação genética ou transplante uterino, que sem dúvida evoluirá muito rapidamente, terão um longo caminho a percorrer para serem incorporados no nosso arsenal terapêutico, especialmente para os aspetos éticos e morais que surgem com eles. ■